



# *E' nato un bambino*



## ***Informazioni e consigli per i genitori***



***Unità di Struttura Complessa di Patologia Neonatale***

***Sezione Nido Tel. 035 2673126/3127 Fax 035.2674859***

***Segreteria Tel. 035.2674399***



## **Cari genitori,**

*la nascita di un bambino è una gioia infinita, ma talvolta può essere fonte di qualche piccola ansia; tutto è risolvibile con un minimo di preparazione e soprattutto con la pazienza poiché dovete imparare ad instaurare con vostro figlio un rapporto, attraverso un linguaggio a cui non siete in genere abituati, fatto soprattutto di gesti e sguardi. Questa guida cercherà di aiutarvi a crescere come genitori, ma certamente saranno indispensabili il vostro intuito, il vostro buon senso, il vostro amore. Probabilmente molte altre persone cercheranno di darvi consigli; alcuni di essi, sebbene in buona fede, non sempre corrispondono ad una moderna e corretta assistenza neonatologica. “Allevare un bambino è uno dei lavori più soddisfacenti e creativi e contemporaneamente uno dei più sottovalutati. State aiutando una nuova persona a crescere, ad essere ciò che voi pensate debba essere una persona. Amare un bambino dà il via ad una reazione a catena; più date e più riceverete (Penelope Leach)”.*

*Il Direttore Dott.ssa G. Mangili*

*La Coordinatrice Infermieristica M. Fornoni*

**Il Nido** della USC Patologia Neonatale dell'ASST PAPA GIOVANNI XXIII è collocato al primo piano della TORRE 1.

### **IL NEONATO IN OSPEDALE**

Alla NASCITA, dopo il contatto pelle a pelle, si effettuano al neonato la profilassi delle infezioni oculari (mediante l'utilizzo di un antibiotico oftalmico) e della malattia emorragica (mediante l'iniezione intramuscolare di vitamina K, che favorisce la produzione di fattori della coagulazione).

Subito dopo la nascita viene posizionato il braccialetto identificativo sia al polso dei genitori sia a quello del neonato al fine di identificarli durante tutta la degenza: per questo è importante mantenere il braccialetto al polso e che venga rimosso dal personale del Nido solo alla dimissione.

Sul lettino del neonato viene apposto un cartellino con dati anagrafici e clinici del neonato: a tutela della privacy i genitori che non desiderano questa segnalazione devono avvisare il personale infermieristico del Nido.

### **Rooming-in**

La mamma può tenere accanto a sé il proprio bimbo sin dal primo giorno di vita del neonato. Il rooming-in è raccomandato soprattutto per favorire l'allattamento al seno, rispettando e soddisfacendo così al meglio le richieste di suzione del neonato. L'infermiera o la puericultrice sarà presente in stanza per supportare la mamma nella dimostrazione ed esecuzione delle prime cure igieniche al neonato e

*nella gestione dell'allattamento. Entrambe le figure professionali sono riconoscibili dal cartellino identificativo e dalla divisa bianca con disegni di fiori e animali. Il materiale necessario per effettuare le cure igieniche neonatali viene fornito dall'Azienda Ospedaliera.*

*Se il neonato deve restare degente al Nido, per indicazione clinica, la mamma può accedervi ogni qualvolta deve allattare.*

*Di seguito si riportano alcune raccomandazioni:*

- 1) Il neonato, durante il riposo deve essere posto nel suo lettino*
- 2) non soggiornare con il neonato nei corridoi, spesso affollati, e non uscire dall'USC Ostetricia*
- 3) solo i papà possono restare nella stanza di degenza della mamma, con il proprio figlio/a, senza limitazioni di orario*
- 4) nel letto della mamma spesso viene collocato il neonato per la gestione dell'allattamento al seno, soprattutto nei casi in cui la mamma sia allattata. Pertanto il letto della mamma non deve essere condiviso né con il papà né con nessun altro parente*
- 5) non lasciare il neonato incustodito in stanza, in caso di necessità contattare il personale infermieristico del nido*

**NOTA BENE: a tutela della privacy, non è possibile effettuare fotografie o filmati ai neonati dalla vetrata del Nido.**

**L'abbigliamento** per il neonato degente viene fornito dai genitori. In situazioni d'emergenza, il corredo verrà fornito dall'Azienda Ospedaliera.

## **NORME PER I GENTILI VISITATORI**

*Nel nostro ospedale è possibile per le donne che partoriscono, se lo desiderano, tenere accanto a sé il proprio bambino 24 ore su 24 nella camera di degenza, fino al momento del ritorno a casa. Si tratta di un'importante iniziativa che vuole favorire, sin dalle prime ore dopo il parto, il processo di familiarizzazione tra mamma e bambino, facendo sempre più percepire l'Ospedale come un luogo vicino ai bisogni umani delle persone assistite. Per consentire però un corretto svolgimento di quest'organizzazione e soprattutto per tutelare la salute del neonato, già di per sé piuttosto fragile, è scrupolosamente necessario seguire alcuni accorgimenti:*

- il piccolo ha bisogno di tranquillità; quindi è fondamentale rispettare il suo riposo abbassando il tono di voce se sta dormendo*
- allo stesso tempo è sempre importante un adeguato lavaggio delle mani, avendo cura di non avvicinarlo al viso né baciarlo se si è affetti da Herpes labiale*
- è sconsigliato inoltre far visita al bambino se febbricitanti o affetti da infezioni contagiose o delle vie respiratorie ( tosse, raffreddore, influenza...)*
- oltre a tutte queste raccomandazioni e sempre nell'interesse di salute di mamma e bambino, chiediamo cortesemente che parenti e amici entrino nella stanza due per volta e che non allontanino il piccolo dalla stanza per portarlo in altri locali.**

*La convivenza del bimbo con la propria mamma senza limitazioni nella sua camera rappresenta un importante momento di umanizzazione rivolto all'arrivo di una nuova vita. Perché possa sempre avvenire in sicurezza è però importante che ognuno collabori al rispetto di queste semplici regole.*

**Ricordiamo infine quali sono gli orari di apertura al pubblico nel nostro reparto:**

**dalle h.13.00 alle h.14.30 dalle h.19.30 alle h. 20.30**

## **SCREENING NEONATALI**

*Tutti i neonati, prima della dimissione, vengono sottoposti ai seguenti screening:*

- **LO SCREENING DELLE MALATTIE METABOLICHE**
- **LO SCREENING Uditivo Neonatale (o Test delle Emissioni Otoacustiche)**

***Il test di screening delle malattie metaboliche***, attività obbligatoria in Italia per legge (legge 104/1992 e successive integrazioni regionali), ha lo scopo di identificare i neonati affetti da alcune malattie rare quali: fenilchetonuria, tirosinemie, ipotiroidismo congenito, fibrosi cistica, iperplasia surrenalica congenita, la cui presenza non si manifesta alla nascita ma che possono provocare conseguenze serie nei neonati colpiti e ritardarne lo sviluppo se non sono trattate precocemente.

*Il test di screening viene eseguito a 49 ore di vita e, ai neonati con peso inferiore a 2000 g e/o con età gestazionale inferiore a 37 settimane o portatori di patologie varie, viene ripetuto il 15° giorno di vita (+/- 1 giorno; 14°-16° giorno).*

*Consiste nel prelievo di qualche goccia di sangue, da puntura con pungidito, dal calcagno, con cui si impregna un apposito cartoncino, e non presenta alcun pericolo per il neonato.*

*Tutti i test praticati in Lombardia vengono inviati al **Laboratorio di Riferimento Regionale per lo Screening Neonatale dell'Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi", via Castelvetro 32, 20154 Milano-ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano.***

*Le risposte pervengono in genere dopo circa 15-20 giorni dall'invio.*

**SENZA TEST DI SCREENING IL NEONATO RISCHIA DI NON ESSERE RICONOSCIUTO COME POSSIBILE MALATO E NON PUO' QUINDI ESSERE TRATTATO IN TEMPO UTILE.**

## **Screening neonatale: alcune informazioni importanti da ricordare!**

Lo screening è un'importante attività di **medicina preventiva** che può evitare, o ridurre fortemente, i danni di alcune malattie congenite!

Pur utilizzando metodi di laboratorio molto sensibili, nessun programma di screening può individuare **tutti** i neonati ammalati, presenti nella popolazione esaminata. I programmi di screening sono studiati per **ridurre al minimo** il disturbo arrecato al neonato ed il disagio per la famiglia.

Alcuni neonati sono richiamati **solo** per eseguire un controllo di sicurezza del primo test con risultati "dubbi"!

E' molto importante che tutti i neonati con risultati positivi facciano i controlli previsti dal programma di screening!

La **positività di un test di screening neonatale** non vuole dire che il bambino sia ammalato, ma significa solo che è necessario fare ulteriori controlli.

### **Come sarete informati dei risultati?**

Se il test risulta normale, non verrete contattati.

Se il test mostra un risultato anomalo riceverete una lettera o una telefonata, con l'invito ad approfondire le indagini, per stabilire se il vostro bambino ha realmente bisogno di essere curato.

Poiché, per motivi vari, vi possono essere risposte falsamente positive, è nostra prassi ripetere sempre l'esame, se il risultato è positivo o dubbio.

### **Quali sono le malattie indagate?**

Nella nostra Regione, lo screening neonatale è oggi attivato, in accordo con gli obblighi di legge, per le seguenti malattie:

**Fenilchetonuria (pku)**: è una malattia ereditaria e nelle regioni italiane si presenta, considerando anche le sue varianti minori (Iperfenilalaninemie-HPA), in un bambino ogni 4.000 nati circa (dati Società Italiana di Screening Neonatale, 2005). Dovuta all'accumulo

di un aminoacido (fenilalanina), provoca danni cerebrali gravi ed irreversibili, se individuata tardivamente. Una dieta particolare, iniziata precocemente dopo la nascita e condotta sotto attento controllo medico, permette di evitare questi danni, consentendo uno sviluppo fisico e mentale normale. Da un punto di vista laboratoristico, lo screening prevede la misura nel campione ematico neonatale degli aminoacidi Fenilalanina, Tirosina ed il calcolo del loro rapporto (Fenilalanina/Tirosina)

Tirosinemie (tyr): sono un gruppo (TYR I, II,III) di malattie ereditarie caratterizzate dall'accumulo ematico di un aminoacido (tirosina); la forma più grave (TYR I) causa (se non precocemente trattata) nei primi mesi di vita una grave epatopatia associata a segni di danno renale (sindrome epatorenale), che può costituire una minaccia per la vita del soggetto affetto. Oggi la disponibilità di un'efficace terapia farmacologica, associata ad una specifica dietoterapia, consente di prevenire con successo molti dei danni tipici di questa malattia.

Ipotiroidismo congenito: è la più frequente endocrinopatia dell'età infantile pediatrica, dovuta ad un'alterata o assente funzione della ghiandola tiroidea e si presenta in un bambino ogni 2.500 nati circa (dati Istituto Superiore Sanita'). La mancata o insufficiente produzione d'ormoni tiroidei determina, se protratta nel tempo, gravi danni, cerebrali e fisici, evitabili con la somministrazione precoce e giornaliera d'ormone tiroideo, sotto attento controllo medico.

Fibrosi cistica: chiamata anche Mucoviscidosi, è una delle più comuni malattie ereditarie presenti nella nostra popolazione ed in Italia si presenta in un bambino ogni 4.500 nati circa (dati Società Italiana di Screening Neonatale, 2005). I sintomi principali sono a carico dell'apparato respiratorio e della funzionalità pancreatico, con associato rallentamento dell'accrescimento (peso, altezza) che possono manifestarsi anche alcuni anni dopo la nascita. La diagnosi precoce di questa malattia consente oggi di applicare

*tempestivamente le cure specialistiche più adeguate per assicurare la migliore qualità di vita ai soggetti ammalati.*

*Iperplasia surrenalica congenita: il termine descrive un gruppo di disordini endocrini ereditari che colpiscono entrambi i sessi con un'incidenza intorno a 1 su 19.000 individui (dati Società Italiana di Screening Neonatale, 2005). Sono causati da un difetto enzimatico trasmesso geneticamente, che riguarda la sintesi degli ormoni prodotti dalle ghiandole surrenaliche. I segni clinici possono essere molto variabili e comprendono la virilizzazione dei neonati affetti, ipotonia, vomito, diarrea profusa, ipoglicemia fino alla perdita di sali e shock nelle situazioni più severe potenzialmente causa di morte. La diagnosi precoce di questa malattia consente oggi di iniziare un trattamento terapeutico adeguato che evita i danni derivanti dalle disfunzioni ormonali associate a questa condizione.*

## **INFORMAZIONI RELATIVE al PROGRAMMA di SCREENING NEONATALE ESTESO REGIONE LOMBARDIA – Anno 2016**

Data 1<sup>a</sup> stesura: Settembre 2011 Revisione [1]: Giugno 2016 (testo redatto da dr. Corbetta in data settembre 2011; revisione marzo 2014)

Regione Lombardia con la Deliberazione n° X/4702 del 29.12.2015 ha stabilito l'attivazione del Programma Regionale di Screening Neonatale Esteso (SNE) per Errori Congeniti del Metabolismo come programma integrativo dello Screening Neonatale Obbligatorio (SNO): non essendo al momento obbligatorio, **il programma è attivato per adesione volontaria ed informata dei genitori, con sottoscrizione di Modulo Regionale di Consenso Informato che le viene consegnato durante la degenza** (che prevede anche la registrazione di un'eventuale mancata adesione parentale). Lo Screening Neonatale Esteso per Errori Congeniti del Metabolismo (SNE) è eseguito con la tecnologia di "spettrometria di massa massa (MSMS)", più diffusamente conosciuta con il termine "Tandem Mass", che con un unico complesso test di laboratorio consente la misura di numerosi markers biochimici – quali aminoacidi (11), succinilacetone (1), carnitina libera (1) e acilcarnitine -in campioni ematici speciali (campioni DBS, già usualmente utilizzati per l'esecuzione dei programmi di screening neonatale obbligatori per legge) al fine d'eseguire, aggiuntivamente a quello obbligatorio per legge, lo screening neonatale di oltre 40 "rare" patologie ereditarie congenite (aminoacidopatie, acidemie organiche, difetti dell'ossidazione degli acidi grassi) che fanno parte dei cosiddetti -in termini generali -"errori congeniti del metabolismo o malattie metaboliche".

Con questa analisi è possibile in molti casi la selezione precoce post-natale (e possibilmente in periodo ancora clinicamente asintomatico) dei neonati che presentano concentrazioni anomale degli analiti misurati (ossia presentano una condizione di maggior rischio per una specifica delle patologie comprese nel pannello), neonati che vengono di conseguenza avviati ad azioni mirate di controllo clinico e laboratoristico e, se richiesto, d'intervento terapeutico mirato presso i Centri Clinici di riferimento della nostra Regione.

Anche per questo screening valgono le regole generali già descritte per lo screening neonatale obbligatorio:

Lo screening è un'importante attività di **medicina preventiva** che può evitare, o ridurre fortemente, i danni d'alcune malattie congenite.

Pur utilizzando una metodologia d'avanguardia ad alta sensibilità, anche questo tipo di screening può non individuare **tutti** i neonati ammalati, presenti nella popolazione esaminata. E' quindi possibile che alcuni neonati, pur ammalati, non possano – per condizioni particolari – essere selezionati dal programma di screening.

Programmi di screening sono studiati per **ridurre al minimo** il disturbo arrecato al neonato ed il disagio per la famiglia.

Alcuni neonati sono richiamati **solo** per eseguire un controllo di sicurezza del primo test con risultati "dubbi"!

E' molto importante che tutti i neonati con risultati positivi facciano i controlli previsti dal programma di screening!

La **positività di un test di screening neonatale** non vuole dire che il bambino sia ammalato, ma significa solo che è necessario fare ulteriori controlli, che saranno richiesti specificamente dal nostro Centro.

Vi forniamo qui di seguito alcuni brevi ed elementari cenni informativi sul pannello di patologie sottoposte a screening:

AMINOACIDOPATIE (sigla: AA): Una specifica carenza enzimatica ereditaria può determinare l'incapacità di "processare" correttamente gli aminoacidi introdotti con l'alimentazione e/o derivanti dal processo fisiologico di cosiddetto "catabolismo proteico". Si determina quindi nell'organismo l'abnorme accumulo di questi aminoacidi e/o di loro metaboliti, che possono avere conseguenze tossiche, anche severe, per alcuni organi (in particolare, ma non solo, per il Sistema Nervoso Centrale).

ACIDEMIE ORGANICHE (sigla: AO): Analogamente alle aminoacidopatie, una specifica carenza enzimatica ereditaria può determinare l'accumulo nel sangue di alcuni "acidi" che alterano l'equilibrio "acido-base" dell'organismo, anche in questo caso con effetti tossici anche importanti per alcuni organi e funzioni corporee vitali.

DIFETTI DELL'OSSIDAZIONE DEGLI ACIDI GRASSI (sigla: FAO, dall'inglese "Fatty Acid Oxidation"): In questo gruppo di patologie ereditarie, gli enzimi utilizzati per il corretto uso di acidi grassi non sono ereditariamente disponibili o presentano un'attività ridotta. Questa condizione determina una riduzione anche importante della produzione d'energia da parte del nostro organismo, in particolare quando la concentrazione di glucosio (il principale "combustibile" del nostro organismo) tende –anche fisiologicamente - a ridursi. Le conseguenze di una condizione di ridotta disponibilità di componenti energetiche può alterare la funzione di numerosi organi e distretti corporei e, se non individuata e corretta, comporta l'insorgenza di danni d'organo e sistemici sia acuti (in particolare correlati alla condizione di associata ipoglicemia) sia cronici.

DIFETTI DEL CICLO DELL'UREA (sigla UCD, dall'inglese "Urea Cycle Defects): I difetti del ciclo dell'urea (UCD) sono tra i più comuni difetti ereditari del metabolismo, le cui manifestazioni cliniche (ad esordio sia nell'età neonatale che più tardivo) sono principalmente legate all'effetto tossico multi organo dell'ammonio accumulato in eccesso nel soggetto affetto, a causa del difetto enzimatico presente. Il Programma SNE oggi individuare tre soli UCD: Citrullinemia di tipo I, Argininosuccinico aciduria, Argininemia. L'intervento terapeutico (farmacologico e dietetico) è finalizzato ad evitare l'accumulo di ammonio nei tessuti ed organi.

### ***Il test delle emissioni otoacustiche (EOA)***

*Circa 1 bambino su 1000 nasce con un difetto uditivo che, nei primi mesi di vita, è molto difficile da identificare senza test specifici. La diagnosi precoce dei bambini con danno uditivo è importante per iniziare un corretto “percorso terapeutico” entro i primi mesi di vita. Infatti, in caso di sordità congenita, tanto più precoce è l'intervento tanto maggiori sono le possibilità di recupero.*

*Il test per lo screening uditivo viene effettuato da personale specializzato prima della dimissione del neonato dal Nido. E' un esame semplice, veloce e non doloroso. Si esegue mentre il bambino riposa e si effettua mettendo un tappino morbido nella parte esterna del condotto uditivo, tramite il quale vengono trasmessi suoni di bassa intensità che stimolano la parte interna dell'orecchio: la coclea. Se la coclea funziona normalmente risponde a questi stimoli sonori con un eco che viene rilevato dallo strumento.*

*Al momento della dimissione Vi verrà comunicato il risultato del test: Se la risposta è positiva, dovrete comunque seguire nel tempo lo sviluppo uditivo e linguistico del Vostro bambino perché alcune forme di sordità congenita sono progressive e possono manifestarsi più tardivamente*

*L'assenza di risposta a questo test non indica necessariamente la presenza di un deficit uditivo. Questo perché ci sono vari fattori che possono interferire con una risposta adeguata: il bambino è particolarmente irrequieto durante l'esame, il condotto uditivo contiene ancora vernice caseosa, ..... In questo caso verrà fissato un appuntamento per ripetere il test..Il medico di USC è a vostra disposizione per ogni ulteriore chiarimento.*

### **Il test di screening per la displasia congenita delle anche**

*Dopo 8-10 settimane di vita (fra il 2°- 3° mese circa) è prevista l'ecografia delle anche, secondo indicazione del pediatra curante.*

*L'esame va prenotato dai genitori presso le strutture abilitate.*

*In caso di neonato con fattori di rischio, quali familiarità per displasia congenita dell'anca o nati con presentazione podalica, l'esame viene prenotato direttamente presso la nostra struttura ospedaliera e viene consegnato l'appuntamento del controllo ambulatoriale ai genitori, alla dimissione*

## L'ITTERO DEL NEONATO

*L'ittero, cioè la colorazione giallastra della cute e delle mucose, è causato dal deposito in questi tessuti della bilirubina, una sostanza che deriva, in gran parte, dalla distruzione dei globuli rossi.*

*È una manifestazione frequente nei neonati anche perché i loro globuli rossi sono in numero più elevato ed hanno una durata di vita molto più breve, rispetto alle età successive.*

*Durante la vita fetale la bilirubina viene eliminata attraverso la placenta.*

*Dopo la nascita è il fegato che deve far fronte a questo compito; in molti neonati, la fisiologica immaturità epatica comporta un'incompleta eliminazione della bilirubina. Quanto più è immaturo il fegato e quanto più è marcata la distruzione dei globuli rossi, tanto più è elevato il livello di bilirubina.*

*La bilirubina che non viene metabolizzata dal fegato (definita indiretta), circola nel sangue e quando supera determinati valori, diventa tossica per il cervello. Per questo motivo il livello di tale sostanza viene controllato anche ripetutamente nei primi giorni di vita, per potere intervenire con la terapia più idonea. Nella maggior parte dei neonati sono sufficienti alcune semplici misure quali un apporto calorico adeguato con l'alimentazione precoce con poppate numerose, o l'esposizione alla luce di alcune particolari lampade (fototerapia).*

*Molto più raramente, per ridurre il valore della bilirubina è necessario ricorrere alla exanguinotrasfusione, cioè alla sostituzione del sangue del neonato (in cui la concentrazione della bilirubina è elevata) con il sangue di un donatore compatibile. Per effettuare tale procedura, generalmente, si incanula la vena ombelicale, attraverso cui si sottraggono lentamente piccole quantità di sangue del neonato e si introducono, di volta in volta, pari quantità di sangue compatibile.*

*Quali sono i neonati in cui è più probabile che si verifichi ittero?*

*È più facile che siano raggiunti valori più elevati di bilirubina nei neonati con immaturità epatica più marcata o in quelli in cui la distruzione dei globuli rossi è più massiva e rapida, come succede ad esempio nella incompatibilità di gruppo materno-fetale.*

*Incompatibilità Rh: si può verificare nei neonati Rh positivi, figli di madre Rh negativa, quando la mamma durante la gravidanza produce anticorpi contro i globuli rossi del figlio. Per questo motivo tutte le donne Rh negative sono seguite con appositi esami in gravidanza e ricevono, entro poche ore dal parto, se il neonato è Rh positivo, la somministrazione di gammaglobuline.*

*Incompatibilità ABO: si può verificare quando la mamma è di gruppo O e il figlio di gruppo A o B con lo stesso meccanismo dell'incompatibilità Rh.*

*Qual è il valore di bilirubina considerato meritevole di sorveglianza?*

*Il valore varia in rapporto a molti fattori quali, ad esempio, l'età gestazionale, la giornata di vita, la velocità di incremento della bilirubina, la concomitanza di alcune patologie, l'incompatibilità Rh o ABO tra madre e figlio, ecc.*

*In base a questi dati e facendo riferimento alle linee guida di società scientifiche internazionali, si interviene, caso per caso, con l'atteggiamento terapeutico più adatto alla situazione.*

*A domicilio è importante che il genitore valuti il colorito della cute e delle sclere. Se l'ittero appare più intenso e persistente è indicato un controllo della bilirubina.*

## **DIMISSIONE**

*Se non esistono controindicazioni né per la mamma né per il neonato, la dimissione avviene di solito nella 2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> giornata dopo il parto ( a compimento della 49<sup>a</sup> ora di vita del neonato), in tarda mattinata, dopo che la mamma e il bimbo hanno effettuato la visita medica pre-dimissione e previa regolarizzazione della denuncia di nascita, secondo le indicazioni che vengono fornite in Sala Parto dall'Ostetrico/a, da parte dei genitori. Ad ogni mamma viene consegnato il cartellino di dimissione del neonato unitamente alle prenotazioni per eventuali controlli ambulatoriali, fissati presso il Nido o altre ambulatori dell'Azienda Ospedaliera e vengono rimossi i braccialetti identificativi alla mamma, al neonato e al papà (se presente) dall'infermiera del nido. Gli eventuali farmaci prescritti per la continuazione del trattamento terapeutico, instaurato nel corso del ricovero del neonato, possono essere ritirati dai genitori presso:*

### **FARMACIA DELLE DIMISSIONI**

*Piastra piano 0 ingresso 26 Tel. 035 2675156*

*Orari di apertura: Lunedì-Venerdì 9.00-17.00*

*Sabato 9.00-14.00*

*Domenica 9.00-12.00*

*La dimissione precoce è possibile su richiesta e se le condizioni cliniche della mamma e del neonato lo consentono previa esecuzione di un primo controllo dello Screening, che dovrà essere ripetuto dopo le 49 ore di vita.*

## **TRASPORTO IN AUTO**

*Per il trasporto del neonato a domicilio riportiamo alcuni consigli come indicato dall'ACI.*

### Le cose che non devi fare

- *Tenermi tra le braccia in automobile*
- *Utilizzare un seggiolino danneggiato in un incidente*

### Siamo sicuri in auto se...

- *Rispetti sempre i limiti di velocità*
- *In caso di viaggi lunghi fai soste frequenti*
- *Indossi le cinture di sicurezza anche per brevi percorsi*
- *Non guidi quando sei stanco*
- *Non fai cose che possono distrarti mentre guidi (parlare al cellulare, guardare il navigatore satellitare, cercare le stazioni radio, girarti dietro per controllarmi, ecc.)*
- *Fai attenzione a non lasciare oggetti sul ripiani posteriore: in caso di incidente potrebbero ferirci*

### Le cose che devi fare

- *Leggere le istruzioni rilasciate dalla casa costruttrice del tuo veicolo sui "sistemi di sicurezza"*
- *Leggere le istruzioni d'uso del mio seggiolino: se lo acquisti usato chiedile al venditore o cercale su Internet*
- *Disattivare l'airbag se monti il seggiolino sul sedile anteriore*
- *Allacciare correttamente le cinture del mio seggiolino*
- *Usarlo anche per brevi percorsi*

*ACI – Automobile Club Italia*

*DIREZIONE ATTIVITA' ISTITUZIONALI – Ufficio per il Programma di Mobilità e Sicurezza Stradale – via marsala 8 – 00185 Roma – Tel.*

*06/49981 – fax 06/49982272 e-mail:*

*[ufficio.mobilita.sicurezza.stradale@aci.it](mailto:ufficio.mobilita.sicurezza.stradale@aci.it) - [www.aci.it](http://www.aci.it)*

## **PREVENZIONE DELLE CADUTE**

*Ecco qualche consiglio al fine di prevenire le cadute accidentali in ospedale e a domicilio:*

### **IN OSPEDALE**

- 1) utilizzare sempre il lettino per effettuare il trasporto del proprio bimbo dal Nido alla stanza di degenza e viceversa;*
- 2) non lasciare mai il neonato incustodito in stanza; in caso di necessità riportarlo al Nido;*
- 3) non lasciare mai per nessun motivo il neonato incustodito sul fasciatoio. Nel caso in cui la mamma si dovesse allontanare per eventuale motivo urgente, porre il neonato nel lettino*
- 4) se allatta sdraiata a letto accertarsi che la sponda del proprio letto sia alzata;*

### **A DOMICILIO**

- 1) non lasciare mai per nessun motivo il neonato incustodito sul fasciatoio. Nel caso in cui la mamma si dovesse allontanare per eventuale motivo urgente, porre il neonato nel suo lettino o, se impossibilitata, adagiarlo sul pavimento, protetto da un telo;*  
*se allatta sdraiata a letto creare attorno al bimbo una barriera, con l'uso di cuscini, che impedisca una caduta accidentale.*

### **PREVENZIONE DEL DOLORE**

*Il neonato percepisce il dolore e lo esprime attraverso modificazioni nell'espressione facciale, il pianto che da moderato diventa vigoroso, il respiro che passa da rilassato a irregolare e frequente, i movimenti degli arti inferiori e superiori con flessione/estensione o rigidità degli stessi, un'alternanza dello stato di veglia- iperattività- sonno.*

*Per prevenire o attenuare il dolore si consiglia:*

- *un ambiente con luci soffuse, riduzione dei rumori, musica dolce, e uso di voce calma e ritmata*
- *un contenimento posturale mediante l'uso di cuscinotti all'interno della culla, se molto ampia, che abbraccino il neonato*
- *una stimolazione tattile con marsupioterapia, contatto pelle-pelle,*
- *il rispetto dei ritmi di sonno del neonato*

*In ospedale , durante l'effettuazione di procedure assistenziali invasive, si attiva la suzione prima e durante la procedura, attraverso l'attacco del neonato al seno, se allattato, o l'uso del succhiotto per i neonati nutriti con latte adattato*

## **IL NEONATO A DOMICILIO**

Quando **IL BAMBINO STA MALE** ci si deve rivolgere al pediatra di fiducia, oppure alla guardia medica (nei giorni prefestivi, festivi e la notte). Ci si rivolge all'ospedale solo per problemi acuti e gravi, presso il Pronto Soccorso Generale dell'Azienda, Area Pediatrica. L'ospedale non si può occupare di consulenze pediatriche (consigli telefonici) né di problemi non acuti (cioè che non richiedono un intervento immediato).

### **Ambiente**

È importante riservare al neonato un angolo della casa (se non è disponibile una stanza apposita) protetta dai rumori, dal fumo di sigaretta e dalla confusione eccessiva. La temperatura ideale dell'ambiente è di circa 20° C. Il lettino dotato di materasso rigido e senza cuscino va tenuto lontano da stufe e termosifoni e l'arredo deve essere facile da pulire e lavare; il bambino deve dormire preferibilmente sulla schiena, non bisogna coprirlo troppo né avvolgerlo strettamente nelle coperte. Nell'abbigliamento devono essere evitati accessori pericolosi (spille o ganci) che potrebbero ferire il bambino, essere inghiottiti o peggio ancora inalati con pericolo di soffocamento.

### **Passeggiata**

Già nei primi giorni di vita il neonato può uscire per una passeggiata quotidiana, all'inizio di pochi minuti, fino ad arrivare gradualmente anche a 2 o più ore al giorno. È importante evitare il contatto con persone ammalate, evitare luoghi affollati e strade con traffico intenso. In inverno scegliete le ore più calde, in estate quelle più fresche. La passeggiata stimola l'appetito e aiuta il bambino ad adattarsi al clima; inoltre l'ambiente esterno offre stimoli visivi, uditivi, tattili che ne sviluppano l'intelletto. La luce ed il sole forniscono protezione contro il rachitismo.

## **Viaggi**

Ogni mezzo di trasporto, dall'auto al treno all'aereo, può essere utilizzato: è bene tuttavia evitare al neonato sbalzi di temperatura e/o di altezza eccessivi. Bisogna inoltre rispettare il ritmo di vita quotidiano: il neonato deve poter mangiare, riposare, essere cambiato e pulito. Se il bambino viene portato in luoghi lontani con caratteristiche climatiche-ambientali particolari consigliatevi con il vostro pediatra per assicurargli un soggiorno tranquillo.

## **L'igiene delle mani**

Chiunque si prenda cura dei neonati deve osservare una scrupolosa igiene, lavandosi sempre accuratamente le mani, prima di allattarlo, prima di preparare il latte materno e ogni qualvolta ci si appresta ad accudirlo.

## **Herpes labiale**

Una particolare attenzione va riservata alla prevenzione dell'infezione da herpes labialis (detta "febbre"). È necessario evitare assolutamente il contatto con l'infezione in fase attiva (presenza di vescicola alle labbra) e il neonato.

Se la mamma presenta herpes labialis è indispensabile che indossi la mascherina ed effettui il lavaggio delle mani ogni volta che accudisce il neonato. Nel caso in cui, inavvertitamente, ci sia un possibile contagio, contattare il pediatra curante.

## **Per il lavaggio dei capi per neonato**

utilizzare detersivi ipoallergenici ed evitare l'uso di ammorbidenti e/o detersivi con una forte profumazione.

## **LE CURE IGIENICHE NEONATALI**

*La pelle dei neonati è sottile, soggetta ad arrossamenti, irritazioni, screpolature, infezioni. Per garantire al neonato una corretta igiene e protezione della cute utilizzare solo prodotti igienici studiati per il neonato: dermatologicamente testati, privi di SLS, SLES, PEG, paraffina MEA, TEA, DEA, coloranti, profumi e conservanti aggressivi. Si consiglia di evitare l'uso di talco (che può essere inalato o causare irritazione nelle pieghe della pelle) e di spugne (possibile fonte e deposito di germi e batteri).*

### **Il cambio del pannolino e la medicazione del moncone ombelicale**

#### **Materiale occorrente**

- *Manopola monouso o di cotone (in tal caso si laverà in lavatrice a 40-60°C)*
- *Detergente liquido per neonati (PH neutro)*
- *Crema idratante emolliente (tipo base essex)*

#### **PROCEDIMENTO:**

- *Il cambio del pannolino si effettua possibilmente prima della poppata. Eventualmente, dopo la poppata, può essere di nuovo cambiato se sporco di feci, purché le manovre vengano effettuate delicatamente per evitare rigurgiti al neonato*
- *Lavarsi accuratamente le mani*
- *Preparare tutto il materiale occorrente sul piano d'appoggio scelto per effettuare il cambio del pannolino, in modo tale da non lasciare mai incustodito il neonato*
- *Togliere il pannolino sporco*
- *Pulire il sederino utilizzando il panno bagnato con acqua e poco detergente, procedendo dall'alto verso il basso e mai viceversa (soprattutto se sporco di feci), ovvero dai genitali verso l'ano.*

- *Ripetere la pulizia con il panno bagnato solo con acqua*
- **Nel maschio:** *non restrarre la cute del pene onde evitare lesioni, pulire quindi solo esternamente*
- **Nella femmina:** *divaricare con delicatezza le grandi e le piccole labbra e rimuovere le eventuali tracce di feci o muco (dall'alto verso il basso). E' possibile trovare residui di vernice caseosa (sostanza bianca) che non deve essere rimossa, perché si riassorbe.*

*NB: nelle prime settimane di vita, nel pannolino è possibile notare delle piccole tracce di color rosso-arancio, si tratta di sedimenti urinari o di micromestruazioni (nelle femmine). E' sufficiente procedere con l'igiene giornaliera*

- *Asciugare il sederino tamponando con un telo di cotone*
- *Applicare sulle natiche un lieve strato di crema idratante/emolliente. Solo se il sederino è arrossato applicare pasta protettiva contenente ossido di zinco (10%)*
- *Chiudere il pannolino fissando il bordo superiore con le alette adesive laterali in modo che sia al di sotto della medicazione del moncone ombelicale.*
- *Nei maschi, prima di chiudere il pannolino abbassare il pene in modo che se urina non bagni la medicazione del moncone ombelicale.*

## **Medicazione del moncone ombelicale**

### **Materiale occorrente:**

- Garza sterile misura 5 x 5 cm. O 7,7 x 7,5 cm.
- Benda a rete calibro 6

### **Procedimento:**

*E' indicata la medicazione del moncone ombelicale **ad ogni cambio del pannolino.***

- *Lavarsi le mani con soluzione alcolica o acqua e sapone*
- *Togliere la benda a rete, se sporca gettarla, altrimenti si solleva spostandola in alto sul torace*
- *Eliminare la garza avvolta al moncone e sostituirla con una garza nuova sterile e asciutta*
- *Fissare la medicazione con la benda a rete*
- *Verificare che la benda sia ben stesa sull'addome e non ci siano piegature*
- *Se il moncone ombelicale è umido (sporco di feci o urina) detergerlo con la garza bagnata con acqua e poco sapone delicato, poi asciugare accuratamente con garza asciutta e avvolgerlo con garza sterile asciutta*
- *Più prende aria, prima si asciuga. Pertanto il moncone ombelicale va lasciato fuori dalla zona del pannolino, ripiegando lo stesso leggermente verso il basso*

**È raccomandato consultare il pediatra se il moncone ombelicale:**

- *non è ancora caduto dopo 3 settimane*
- *è presente una secrezione giallastra (pus) o avvertite un cattivo odore*
- *sanguina alla base*
- *presenta gonfiore, calore e rossore nella zona circostante alla base*

## **Spugnatura**

*La spugnatura viene effettuata al neonato in sostituzione del bagno, finché non è caduto il moncone ombelicale con una completa cicatrizzazione. La frequenza consigliata è 2-3 volte la settimana.*

### **Materiale occorrente:**

- *Manopola monouso o di cotone (lavabile a 40-60°C)*
- *Detergente liquido per neonati (PH neutro)*
- *Crema idratante / emolliente (tipo base essex)*

### **Procedimento:**

- *Preparare l'ambiente con una temperatura adeguata (24-25°C)*
- *Lavarsi accuratamente le mani*
- *Preparare tutto il materiale occorrente sul piano d'appoggio scelto per effettuare la spugnatura*
- *Togliere il pannolino sporco e procedere con la detersione dei genitali*
- *Con il panno bagnato di acqua tiepida e poco sapone, detergere la cute del neonato, escludendo il viso (si deterge solo con acqua)*
- *Detergere la cute del neonato con il panno bagnato di acqua e rimuovere le tracce di sapone*
- *Asciugare il neonato con un panno di cotone, tamponando la cute*
- *Medicare il moncone ombelicale*
- *È importante detergere e asciugare bene la cute nelle pliche*

*Solo se la cute è screpolata o secca applicare un leggero strato di crema idratante/emolliente. Diversamente non è consigliata l'applicazione di nessun tipo di crema o olio per neonato (da escludersi, quest'ultimo, preferibilmente nella stagione estiva)*

## **Bagno**

*Il bagno del neonato si effettua dopo la caduta del moncone ombelicale, prima della poppata e possibilmente al mattino o alla sera (può avere effetti rilassanti). E' indicata l'esecuzione del bagno 2-3 volte la settimana (quando la cicatrice del moncone è asciutta, circa 2-3 giorni dopo la caduta).*

### **Materiale occorrente:**

- *Vaschetta di plastica adibita all'uso*
- *Detergente liquido per neonati (PH neutro)*
- *Manopola di cotone, se si desidera*

### **Procedimento:**

- *Preparare l'ambiente con una temperatura adeguata (24-25°C)*
- *Lavarsi accuratamente le mani*
- *Preparare tutto il materiale occorrente*
- *Riempire di acqua la vaschetta per la metà della sua capienza, aggiungere poco detergente liquido (un cucchiaino)*
- *La temperatura dell'acqua deve essere di 36-37° (utilizzare apposito termometro, o per i più esperti, controllare manualmente appoggiandovi il gomito)*
- *Togliere il pannolino e se sporco di feci, pulire il sederino prima di procedere con il bagno*
- *Immergere lentamente il bambino nella vaschetta, sostenendolo con la mano sotto l'ascella in modo che la testa appoggi sull'avambraccio.*
- *Con l'altra mano si deterge il corpo partendo dai capelli, escludendo il viso e procedendo con gli arti superiori, tronco, genitali, arti inferiori*
- *Al termine del bagno asciugare accuratamente tamponando*

*(non strofinare) la cute, facendo attenzione alle pliche cutanee (asciugare bene).*

- *Se la cute è secca o screpolata applicare crema idratante / emolliente*

**Gli occhi:** *vanno puliti con garza sterile imbevuta di acqua sterile, procedendo dall'interno verso l'esterno*

**Le orecchie:** *si puliscono solo esternamente (NON utilizzare cotton fioc)*

**Il naso:** *se sono presenti secrezioni si pulisce con garza imbevuta di soluzione fisiologica*

**Le unghie:** *vanno tagliate con forbicine apposite da utilizzare solo per il neonato, senza arrotondare gli angoli e senza avvicinarsi troppo alla cute. Si consiglia di eseguire la procedura quando il bambino dorme e in una stanza illuminata.*

## **LA CARE DEL NEONATO**

*“All’inizio della vita, l’essere accarezzato, abbracciato e coccolato, rende sensibili le varie parti del corpo del bambino. Lo aiuta a costruire un’immagine corporea sana e a promuovere lo sviluppo dell’amore attraverso il rafforzamento del legame tra il piccolo e sua madre” (Anna Freud)*

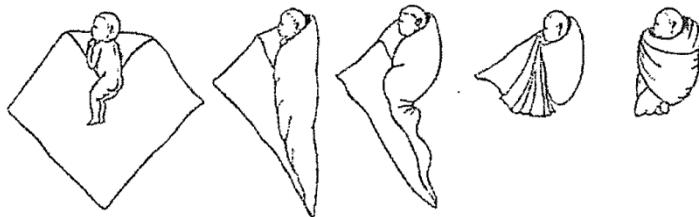
*“Non c’è davvero alcun motivo perché la mamma, nel rapportarsi al proprio piccolo, debba precludere o dosare il contatto corporeo: in una relazione umana, esso è un atto di comunicazione pieno di significato che crea i presupposti per un adeguato sviluppo psico-affettivo e cognitivo del bambino, determinante per la sua evoluzione nell’intero corso della vita. La percezione dell’identità da parte del piccolo nasce proprio dall’esperienza di contatto corporeo, che gli fa percepire meglio se stesso e l’altro. Il desiderio del piccolo di rannicchiarsi contro il corpo della madre corrisponde al bisogno di un involucro, di una protezione, atti a riprodurre le condizioni dell’ambiente intrauterino” (da “il linguaggio della pelle”, scritto dall’antropologo Ashley Montagu)*

## **Alcuni consigli utili per la mamma e per il suo bambino**

### **Se il neonato piange troppo:**

*Di seguito si riportano alcuni consigli per cercare di risolvere il problema:*

- *Favorire un ambiente adeguato, moderando il tono della voce, l'illuminazione, il rumore, creando così un'atmosfera adeguata al sonno.*
- *Cullarlo lentamente mantenendo una presa sicura con le mani rilasciandolo lentamente sul piano, una volta addormentato o calmato, togliendo le mani gradualmente*
- *Fasciatoio o marsupio: scegliere un modello che sostiene bene il bambino, meglio se il bambino viene girato verso l'adulto*
- *Avvolgerlo in un lenzuolo in posizione flessa per offrire stabilità, allineamento e contenimento. Il telino deve essere di consistenza morbida ed elastica e gli arti superiori ed inferiori devono essere flessi e le mani vicino al viso e alla bocca. Può essere usato per facilitare l'alimentazione, per offrire una maggiore stabilità posturale ed anche durante i primi bagnetti (rilasciando poi gradualmente il telino una volta immerso il bambino nell'acqua)*



## ***Se il neonato non si sveglia per il pasto:***

- *Cambiargli il pannolino*
- *Svestirlo lasciandolo solo con body e calzini*
- *Stimolare il contatto visivo, uditivo e tattile: Parlare a distanza ravvicinata con il proprio bambino tenendolo in braccio.*



*Alcune piccole regole per:*

Dormire...

**NON**  
**a "pancia sotto"**



ma solo  
**SUPINO**  
sulla schiena

Alimentarsi...

**ben contenuto  
ed allineato**



tenerlo e portarlo in braccio...



anche con  
il marsupio

...e quando sarò cresciuto:

Da sveglio...

**SI**  
a "pancia sotto"



Chiacchierare e giocare insieme...



ed anche un po'  
nella seggiolina-sdraietta  
con rullo a forma di U.

## **RISCHIO SIDS : norme di prevenzione**

Le statistiche di molti paesi industrializzati indicano che la morte in culla ( Sudden Infant Death Syndrome-SIDS) è la prima causa di morte per i bambini nel primo anno di vita.

Per il tuo bimbo la nanna è più tranquilla se :

❖ dorme sulla schiena:

- lo mettete a dormire con la pancia in su, almeno nei primi sei mesi di vita;

**Non lo fate dormire con voi nel lettone:** fatelo dormire in un lettino in cui non vi siano spazi vuoti tra il materasso e le sponde e in cui non vi siano ingombri;

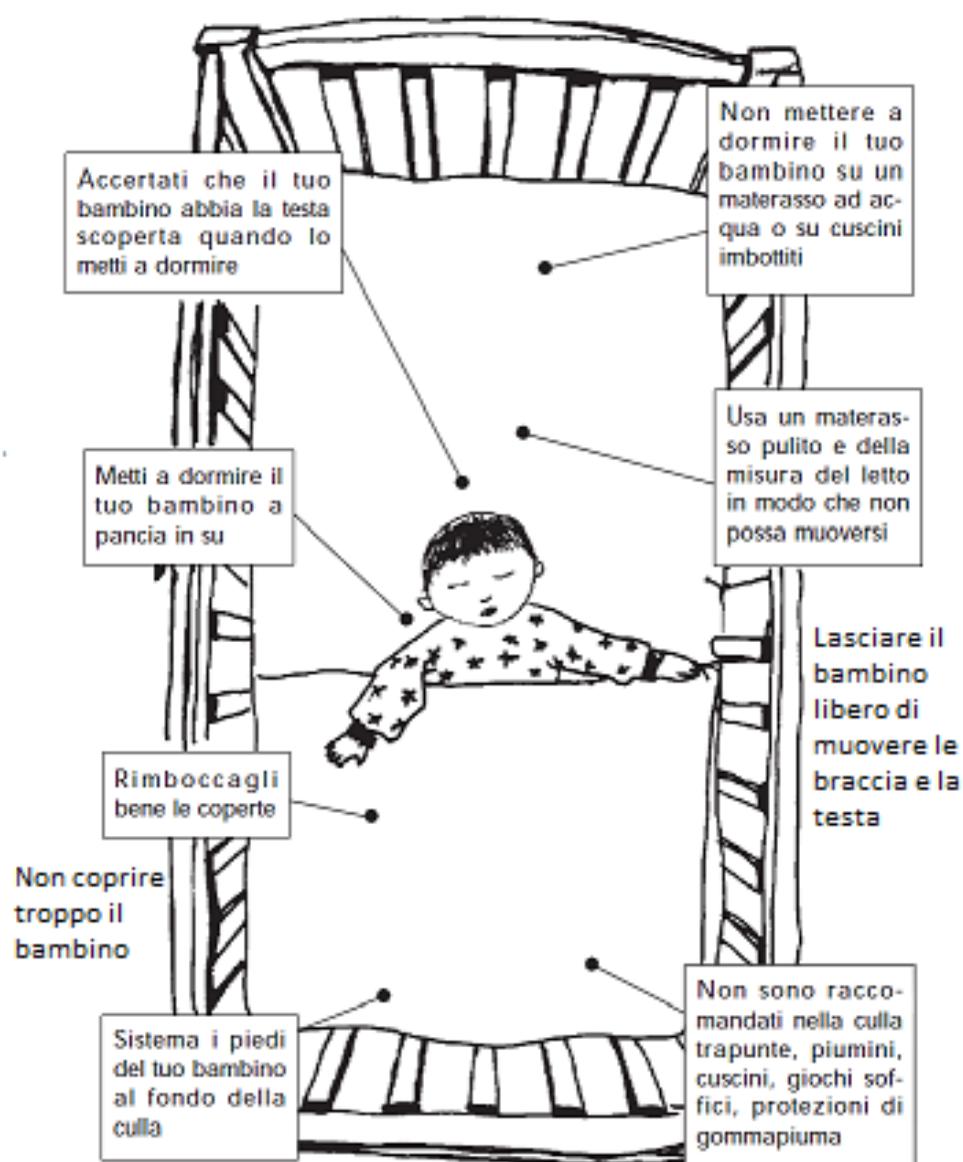


❖ non fumate:

- non fumate se avete intenzione di avere un figlio e in nessun caso in gravidanza e nel periodo dell'allattamento.
- nessuno deve fumare nella stanza del bambino ed in sua presenza

❖ dorme in ambiente troppo caldo:

- non vestitelo eccessivamente e non coprite il capo del bambino
- non avvolgetelo in troppe coperte
- mantenete il riscaldamento della stanza non superiore ai 20 gradi



*Con l'augurio che possiate trarre da questa permanenza benefici per voi ed il vostro bambino e che possiate essere soddisfatti dal rapporto instaurato con tutto il personale del Nido, si informa che nel caso rileviate dei disservizi, potrete rivolgere le vostre osservazioni alla direttrice o alla caposala della Sezione Nido o all'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO Piastra piano 0. Orario di apertura: Lunedì-Venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00 e dalle ore 13.00 alle ore 15.30 Tel. 035.2675010 - Fax 035.2674842  
Pagina web dell'URP nel sito [www.asst-pg23.it](http://www.asst-pg23.it)*

## Il calendario vaccinale del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Soggetti ad aumentato rischio
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa*** ogni 10 anni			(1)
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV					
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B			Ep B								(2)
Hib		Hib		Hib			Hib								(3)
Pneumococco		PCV		PCV			PCV							PCV+PPSV	(4) ^^
MPRV								MPRV	MPRV	MPRV					(6) ^
MPR								oppure MPR + V	oppure MPR + V	oppure MPR + V					(5) *****
Varicella															(6)^
Meningococco C								Men C <sup>S</sup>			Men ACWY coniugato				(7)
Meningococco B**^		Men B	Men B	Men B	Men B		Men B								
HPV											HPV** - 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)				(8)
Influenza														1 dose all'anno	(9) °°
Herpes Zoster														1 dose#	(10)
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)													
Epatite A															(11)

<b>IPV</b>	=	vaccino antipolio inattivato
<b>Ep B</b>	=	vaccino contro il virus dell'epatite B
<b>Hib</b>	=	vaccino contro le infezioni invasive da <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
<b>DTPa</b>	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare
<b>dTpa</b>	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare, formulazione per adulti
<b>dTpa-IPV</b>	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare e polio inattivato, formulazione per adulti
<b>MPRV</b>	=	vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella
<b>MPR</b>	=	vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia
<b>V</b>	=	vaccino contro la varicella
<b>PCV</b>	=	vaccino pneumococcico coniugato
<b>PPSV</b>	=	vaccino pneumococcico polisaccaridico
<b>MenC</b>	=	vaccino contro il meningococco C coniugato
<b>MenB</b>	=	vaccino contro il meningococco B
<b>HPV</b>	=	vaccino contro i papillomavirus
<b>Influenza</b>	=	vaccino contro l'influenza stagionale
<b>Rotavirus</b>	=	vaccino contro i rotavirus

	Co-somministrare nella stessa seduta
	Somministrare in seduta separata
	Vaccini per categorie a rischio

## Note

\*1) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle Ig specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la 2a dose a distanza di 4 settimane dalla prima; a partire dalla 3° dose, che deve essere effettuata dal 61° giorno, si segue il calendario con il vaccino combinato esavalente.

\*2) Pur lasciando ai decisori territoriali la valutazione finale della schedula migliore in funzione dell'offerta vaccinale locale e delle sue tempistiche, si ritiene utile suggerire uno schema di inserimento della vaccinazione anti-meningococcica B. La sequenza di vaccinazione raccomandata è la seguente (i giorni sono ovviamente indicativi e non cogenti):

- **Esavalente + Pneumococco** ad inizio 3° mese di vita (61° giorno di vita)
- **Meningococco B** dopo 15 giorni (76° giorno)
- **Meningococco B** dopo 1 mese (106° giorno)
- **Esavalente + Pneumococco** dopo 15 giorni, ad inizio 5° mese di vita (121° giorno)
- **Meningococco B** dopo 1 mese, ad inizio 6° mese di vita (151° giorno)
- **Esavalente + Pneumococco** a 11 mesi compiuti
- **Meningococco B** al 13° mese
- **Meningococco C** sempre dopo il compimento dell'anno di vita

\*\*1) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda.

\*\*2) La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata nel 5°-6° anno di età. È possibile anche utilizzare dai 4 anni la formulazione tipo adulto (dTpa) a condizione che i genitori siano adeguatamente informati dell'importanza del richiamo all'adolescenza e che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

\*\*\*1) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni.

\*\*\*2) In riferimento ai focolai epidemici degli scorsi anni, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia di età (*catch-up*) anche una ricerca attiva dei soggetti non vaccinati (*mop-up*).

1) Soggetti anamnesticamente negativi per varicella. Somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di  $\geq 1$  mese l'una dall'altra.

2) Bambini che inizino la vaccinazione nel corso del secondo anno di vita devono eseguire due dosi; qualora iniziassero nel corso del terzo anno è sufficiente una dose singola. L'offerta di una dose di PCV contenente un numero di valenze maggiore è fortemente raccomandata a bambini mai vaccinati o che abbiano in precedenza completato il ciclo di vaccinazione con PCV7. Nel caso si tratti di bambini in condizioni di rischio sono raccomandate due dosi.

3) Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C viene eseguita per coorte al 13°-15° mese di vita. Per la seconda coorte a 12-14 anni, si raccomanda che una dose di vaccino Men ACWY coniugato sia effettuata sia ai soggetti mai vaccinati in precedenza, sia ai bambini già immunizzati nell'infanzia con Men C o Men ACWY. Nei soggetti a rischio la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive, di cui l'ultima, comunque, dopo il compimento dell'anno di vita.

\*) Somministrare due dosi a 0 e 6 mesi (vaccino bivalente tra 9 e 14 anni; vaccino quadrivalente tra 9 e 13 anni); tre dosi ai tempi 0, 1, 6 (bivalente) o 0, 2, 6 mesi (quadrivalente) nelle età successive.

\*\*\*) Vaccinare con il vaccino stagionale, i soggetti a rischio previsti dalla Circolare Ministeriale.

#) Somministrazione raccomandata a una coorte di soggetti di 65 anni di età.

##) Raccomandato in offerta universale, co-somministrabile con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita.

## Vaccinazioni per soggetti ad aumentato rischio

- (1) **dTpa**: numero di dosi a seconda che si tratti di ciclo di base o di booster; per le donne, al terzo trimestre di ogni gravidanza (idealmente 28a settimana)
- (2) **Epatite B**: 3 Dosi, *Pre Esposizione* (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: *Post Esposizione* (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o *Pre Esposizione imminente* (0, 1, 2, 12)
- (3) **Hib**: per soggetti a rischio di tutte le età mai vaccinati in precedenza - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (4) **PCV**: fino ai 5 anni, poi PCV/PPSV
- (5) **MPR**: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza; a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti della varicella, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino trivalente MPR con quello monovalente contro la varicella o l'impiego del tetraivalente MPRV
- (6) **Varicella**: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza; a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti di morbillo, parotite e rosolia, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino monovalente contro la varicella con quello trivalente MPR o l'impiego del tetraivalente MPRV
- (7) Ai soggetti ad aumentato rischio offrire, **meningococco ACYW e meningococco B** - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (8) **HPV**: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (9) **Influenza**: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (10) **Herpes zoster**: a partire dai 50 anni di età
- (11) **Epatite A**: numero di dosi come da scheda tecnica

## **Riferimenti:**

*Imdad A. Bautista RMM :Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns (Cochrane collaboration Review, 2013)*

*Molly J.Ness, Dawn M.R.Davis: Neonatal skin care: a concise review (International Journal of dermatology 2013)*

*World Health Organization, 2003*

*Ulrike Blume- Peytavi, Matthias Hauser: Skin care Practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices, 2011*

*Grazia Colombo, “Con ragione e sentimento” – le cure neonatali a sostegno dello sviluppo, ed. aprile 2011*

*Best practices ostetrico-neonatologiche per migliorare la sicurezza post-natale del neonato a termine, sano. Protocollo di prevenzione della SUPC, Aprile 2014*

*Protocollo operativo per la corretta gestione della fase pre-analitica (2013-2014) Ospedale dei bambini “V. Buzzi” (MI) Laboratorio di riferimento regionale per lo screening neonatale.*

*Associazione semi per la SIDS ONLUS (2013)*

*USC PATOLOGIA NEONATALE:LG PN 49, Trattamento del dolore nel neonato*

Piano vaccinale 2017/2019

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

PIAZZA OMS, 1- 24127 BERGAMO - Tel.0352671111

Mod. **725** Nido - *Centro Stampa\_asst-pg23\_01/18*